Aus der eigenen Werkstatt / Vortragszyklus im Wiener Volksbildungsverein

Prof. A. Freiherr von Eiselsberg

Aus der Werkstatt des Chirurgen





Leipzig und Wien · 1 Bauernmarkt 3
Hugo Heller & Cie.
1912

Aus der eigenen Werkstatt / Vortragszyklus im Wiener Volksbildungsverein

Prof. A. Freiherr von Eiselsberg

Aus der Werkstatt des Chirurgen



Leipzig und Wien · 1 Bauernmarkt 3
Hugo Heller & Cie.
1912



Wenn ich Ihnen, meine sehr geehrten Damen und Herren, aus der eigenen Werkstätte berichte, so spreche ich zunächst als praktischer Arzt und Chirurg, dann aber auch als Lehrer, der berufen ist, die Studenten in einem der wichtigsten praktischen Fächer der Heilkunde zu unterrichten.

Die Werkstätte des Chirurgen ist keine, in welcher Neues geschaffen wird, sondern sie ist eine Reparaturwerkstätte, in welcher sich der Chirurg die Grundzüge für sein Handeln aus der großen Originalwerkstätte der Natur zu holen hat. Die Natur ist und bleibt sein Vorbild und die großen Fortschritte auf dem Gebiete der Medizin sowohl, als ganz besonders der Chirurgie, sind immer nur durch genaue Beobachtungen der Naturvorgänge gemacht worden.

Das Wort Chirurgie kommt aus dem Griechischen und heißt zu deutsch Handwerk; es

spricht also heute auch ein Handwerker aus seiner eigenen Werkstätte zu Ihnen.

Es hat eine Zeit gegeben und diese ist noch nicht so sehr fern, wo der Chirurg fast ausschließlich Handwerker war. Noch zu Ende des 18. Jahrhunderts war das Verhältnis zwischen den gelehrten Medizinern und dem praktischen Chirurgen derart, daß die ersteren lange Zeit über einen schwierigen Fall hin- und herberieten; und kamen sie dann schließlich zur Einigung, daß der Fall operiert werden müsse, so überließen sie die Ausführung der Operation, als einen ekelerregenden Eingriff, der unter der Würde des Doctor medicinae war, dem Handwerker. Und dabei beherrschte der Chirurg die Technik oft als eine wahre Kunst, allerdings ohne heilsame Kontrolle der Wissenschaft.

Wie sehr man damals bei der gelehrten Welt Wissenschaft und praktische Chirurgie trennte, wird wohl am besten dadurch erwiesen, daß der berühmte Berner Gelehrte, Albrecht von Haller, der 1777 starb, sagte, daß alles, was er in seinem berühmten Buche über Operationslehre geschrieben habe, bloß an der Leiche erprobt sei und er es niemals gewagt habe, das Messer am Lebenden in die Hand zu nehmen. Heutzutage ist es ganz

undenkbar, daß ein Professor der Chirurgie nicht auch selbst am kranken Menschen Hand anlegen sollte.

Der gewaltige Fortschritt, welchen die Chirurgie im Laufe des vorigen Jahrhunderts gemacht hat, ist durch die Einführung der Narkose und der antiseptischen Wundbehandlung bedingt.

Erst der Gebrauch der Narkose hat die Werkstätte des Chirurgen, die früher eine rohe war, in eine humane umgewandelt.

Denken Sie sich, meine Damen und Herren, einen Eingriff zu Beginn des vorigen Jahrhunderts, zur Zeit der napoleonischen Feldzüge. Von Narkose war noch keine Rede. Mit Stricken und Seilen wurde oft der Patient an den Tisch gefesselt und dann wurde die durch Zertrümmerung eines Fußes oder einen schweren Beinfraß notwendig gewordene Amputation des Oberschenkels ausgeführt, die Haut, die großen Nerven, die Beinhaut ohne Betäubungsmittel durchschnitten, die Knochen abgesägt. Einem Patienten hat man vor 300 Jahren über 40 Trepanationskronen auf den Schädel angesetzt, das heißt: ohne Narkose 40 je ein Kronenstück große Löcher aus dem Knochen herausgesägt. Ich glaube, kein Chirurg der Gegenwart möchte

heutzutage sein Handwerk mehr ausüben, wenn er nicht über die Narkose verfügte.

Es war im Jahre 1846, daß in Boston der Chemiker Jackson seinen Freund, den Zahnarzt Morton, auf die Wirkung des Aethers, der kurze Zeit vorher zum ersten Male hergestellt war, aufmerksam machte und ihn dazu veranlaßte, Aether als schmerzstillende Tropfen bei Zahnschmerzen zu versuchen. Dann erprobte Morton die Narkose bei einigen Tieren, an sich selbst, bei mehreren Studenten und schließlich zur Extraktion eines Zahnes. Obwohl der Erfolg dabei ein voller war, war Morton noch nicht zufrieden und wollte die Wirkung des Aethers an einem beweiskräftigeren Falle prüfen. Am 16. Oktober 1846 entfernte Dr. Warren, Seniorchirurg im Massachusetts-Hospital, bei einem jungen Manne eine Blutgefäßgeschwulst am Unterkiefer vollkommen schmerzlos und mit bestem Erfolge. Noch am selben Tage operierte er eine Fettgeschwulst mit gleich ausgezeichnetem Resultate und nun machte das Mittel seinen Triumphzug durch die ganze wissenschaftliche Welt. Einen Menschen, welcher die Narkose zum ersten Male angesehen hat, mag sie wie ein Wunder angemutet haben; hatte doch noch wenige Jahre zuvor der große französische

Chirurg Velpeau die Möglichkeit, daß man je schmerzlos operieren würde, als ein Hirngespinst bezeichnet. Warren klagte, daß die Aethernarkose nicht mit jenem Enthusiasmus aufgenommen wurde, als wenn sie von einer europäischen Klinik gekommen wäre: Nemo propheta in patria! Als ich vor zwei Jahren eine wissenschaftliche Reise nach Amerika machte, habe ich mit heiliger Scheu den kleinen Operationssaal im Massachusetts-Hospital betreten, in welchem die erste Narkose ausgeführt wurde. Dort ist noch die ganze Einrichtung aus Pietät so belassen, wie sie anno 1846 war. Der 16. Oktober wird auch heute noch an der Universität Boston als „Aethertag" gefeiert, um dadurch die Studenten der Medizin auf die große Bedeutung dieser Entdeckung immer wieder von neuem aufmerksam zu machen. Ein Jahr später wurde die erste Narkose hier in Wien an der Klinik Schuh ausgeführt. Im Jahre 1848 verwendete Simpson in Edinburg zum ersten Male das Chloroform als Narkotikum. Beide Mittel bewährten sich, besonders auch in der von Billroth empfohlenen Kombination, vortrefflich, wenngleich heutzutage der Aether immer mehr und mehr verwendet wird.

Bei vorsichtiger Anwendung ist für die

überwiegende Mehrzahl der Menschen die Narkose als ungefährlich zu bezeichnen. Es gibt einzelne Narkotiseure, die über 15.000 Narkosen ausgeführt haben, ohne daß ihnen dabei ein einziges Mal ein Unglück vorgekommen wäre. Allerdings konnte die Zahl der Unfälle heutzutage auch dadurch ganz wesentlich verringert werden, daß man neben der Allgemeinnarkose die sogenannte Lokalanästhesie anwendet, welche durch Einspritzungen von Kokainlösung (Tropokokain, Novokain) erzielt wird. So wird heutzutage bei kleinen Eingriffen oder bei Patienten, welche eine Lungen- oder Nierenkrankheit haben, die örtliche Betäubung in so vollendeter Weise ausgeführt, daß wirklich die Patienten schon kaum mehr einen nennenswerten Schmerz zu erdulden haben.

Somit ist dank dem eifrigen Bestreben der modernen Chirurgen, die Schmerzen bei der Operation mit allen nur möglichen Mitteln, der Allgemein- und Lokalnarkose, zu verhindern, die Werkstätte des Chirurgen nicht mehr roh wie früher.

Der zweite große Fortschritt, den die Chirurgie im Laufe des letzten Jahrhunderts gemacht hat, liegt auf dem Gebiete der Wundbehandlung, wir verdanken ihn dem vor

wenigen Wochen verstorbenen großen englischen Chirurgen Lord Lister.

Was hat nicht die Wundbehandlung im Laufe der Zeit für Wandlungen durchgemacht! Ich erinnere nur flüchtig an die Tatsache, daß man sich zuerst gar nicht erklären konnte, warum die Wundheilung in den Spitälern der Großstädte so schlecht war. Es starben im Beginne des 19. Jahrhunderts im Hotel Dieu, dem größten Pariser Spitale, an welchem die ersten und tüchtigsten Primarchirurgen tätig waren, von 100 am Oberschenkel Amputierten über 80, und zwar immer wieder an einer Infektion der Wunde. Daneben fand sich die merkwürdige Tatsache, daß oft die fürchterlichsten Wunden ohne besondere Hilfe am Lande gut ausheilten. Welch entsetzliche Wundkrankheiten wüteten in den Lazaretten zur Zeit der napoleonischen Feldzüge! Der geniale Baron Larrey, Feldchirurg und treuer Begleiter Napoleons in allen großen Kriegszügen, gibt uns eine anschauliche Beschreibung derselben. Welchen traurigen Verlauf nahmen die Wunden in den Lazaretten im Krim-Krieg! Nicht minder gräßlich war dies in Italien im Jahre 1859. Nebenbei bemerkt, veranlaßten die schrecklichen Szenen, welche sich am Verbandplatze von Solferino abspielten, den berühmten Genfer

Henri Dunant dazu, die Genfer Konvention und damit das Rote Kreuz, welche beide im Krieg so segensreiche Tätigkeit entfalten, zu stiften*.

Als erster hat wohl Semmelweiß hier auf Wiener Boden die Ursache der Störung des Wundverlaufes besonders im Wochenbette erkannt; leider konnten und wollten ihn seine Zeitgenossen nicht verstehen. Und so blieb es Josef Lister in England vorbehalten, die Wundbehandlung in einer Weise zu fördern, daß damit Eingriffe und damit Resultate gezeitigt wurden, welche man vorher auch nicht im Traume zu denken gewagt hatte. Lister war in einem kleinen Spital von kaum mehr als 25 Betten als Chirurg tätig. Er war durch die Beobachtung des großen Gegensatzes zwischen dem Verlauf von Knochenbrüchen mit äußerer Hautwunde

* Der Wiener Chirurg Vinzenz v. Kern war schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts durch seine scharfsinnige Beobachtung des Wundverlaufes veranlaßt, von der bis dahin geübten Wundbehandlung, welche in einer viel zu geschäftigen Behandlung der Wunde (in einer Polypragmasie) bestand, zur einfachen, offenen Wundbehandlung zurückgekehrt, einer Wundbehandlung, die dann später immer mehr und mehr günstige Resultate zeitigte, so günstig, daß Billroth sich zunächst nur schwer entschloß, in den Siebzigerjahren die neue, antiseptische Wundbehandlung aufzunehmen.

und solchen ohne Hautwunde (wir nennen die einen die geschlossenen, die anderen die offenen Knochenbrüche) angeregt worden, darüber nachzudenken, warum der Patient bei den offenen, dadurch, daß schwere Entzündungen sich einstellten, oft um die Gliedmasse, ja selbst ums Leben kam, während bei den geschlossenen Brüchen diese Komplikation zu den seltensten Ausnahmen gehörte.

In der Kenntnis der damals so epochemachenden Arbeiten von Pasteur über Gärung und Fäulnis, vermutete er mit Recht, es seien kleine lebende Organismen an dieser Störung des Wundverlaufs schuld, und so kam er auf die Idee, die offenen Wunden durch möglichst exakten Abschluß in geschlossene umzuwandeln. Gesehen hatten auch vor Lister Tausende von Aerzten diesen Gegensatz, aber keinem war es eingefallen, darauf eine besondere Behandlungsmethode zu gründen. Um nun die Wunde möglichst zu schließen und gleichzeitig unter der geschlossenen Wunde die Fäulnis hintanzuhalten, schien es Lister am zweckmäßigsten, einen dicken, für die Luft undurchgängigen Verband anzulegen, der aus zahlreichen Lagen einer entfetteten Gazeschicht bestand und außerdem noch mit Karbolsäure getränkt war; Lister hatte über

die gute Wirkung der Karbolsäure zur Desodorisation der Rieselfelder in Carlisle erfahren und von dieser Beobachtung her dann das Karbol zu seiner Wundbehandlungsmethode übernommen. Weiters stellte Lister im Gegensatz zu der bisherigen Behandlung der Wunden als ganz besonders wichtige Forderung auf, daß die Wunde in Ruhe gelassen werden solle (to be let alone). Durch diese Prinzipien sind erst die großen Fortschritte, auf welche heute die operative Chirurgie hinweisen kann, möglich geworden, und Listers Verdienst wird nicht im geringsten geschmälert, wenn heute die Karbolsäure nicht mehr für die Wundbehandlung in Verwendung steht. Man hat die Karbolsäure aufgegeben, weil sich herausgestellt hat, daß sie in starken Lösungen giftig ist, daß aber auch die häufige Hantierung mit der schwachen Lösung höchst unangenehm werden kann. Das haben wir Chirurgen, die noch in jener Aera tätig waren, alle am eigenen Körper gefühlt (Karbolekzem, Karbolharn). Eine häufig beobachtete furchtbare Folge unvorsichtig angewendeter Karbolsäureumschläge ist der Brand der Finger. Die Verbreitung naturwissenschaftlicher Kenntnisse, zum Beispiel, daß die Bakterien die Ursache der Blutvergiftung sind, hat manchmal auch eine übertriebene Furcht vor

Blutvergiftung bei kleinen, unbedeutenden Wunden hervorgebracht. Wie oft ist es schon vorgekommen, daß eine besorgte Mutter, deren Kind sich gestochen oder geschnitten hatte, nichts anderes zu tun wußte, als schnell zum Drogisten oder zur Apotheke zu laufen und reine Karbolsäure zu verlangen, in der Hoffnung, die Blutvergiftung dadurch zu verhindern. Wird nun ein Verband mit reiner oder selbst mit verdünnter Karbolsäure über den Finger gelegt, so kann derselbe schon nach wenigen Umschlägen, wenn dieselben oft gewechselt werden, sogar bei Anwendung der dreiprozentigen Lösung, brandig werden. Mancher Finger mußte dann wegen dieses Karbolsäurebrandes amputiert werden. Diese „Karbolfinger" sind früher so häufig in den Ambulatorien der chirurgischen Kliniken zu sehen gewesen, daß Billroth in einem Artikel in einer der gelesensten Wiener Zeitungen auf die Gefahr aufmerksam machte. Jetzt ereignet es sich selten, kommt aber doch noch vor; im vorigen Sommer hatten wir einen solchen Fall in der Ambulanz, so daß ich es nicht versäumen wollte, darauf aufmerksam gemacht zu haben. Gegenwärtig hat man wohl ganz mit der Karbolsäure als Wundbehandlungsmethode gebrochen und es mutet einen als merkwürdiger

Anachronismus an, wenn in einer kurzen Anleitung zur Wundbehandlung für den Arbeiter, welche von zwei Aerzten verfaßt und noch dazu im Jahre 1911 amtlich empfohlen wird, die Karbolsäure an erster Stelle genannt wird.

Heutzutage wird meist jede Berührung der frischen Wunde mit einem Desinfizens vermieden, die Wunde wird nur, wenn sie nicht groß ist, mit etwas Jodtinktur bestrichen. Als die beste Behandlungsmethode betrachten wir einen die Flüssigkeit aufsaugenden, also die Wunde austrocknenden Verband (hydrophile Gaze) und die Befolgung des Listerschen Prinzips, die Wunde in Ruhe zu lassen. Lister, der hochbetagt vor wenigen Wochen in der Nähe von London starb, nachdem er lange an schwerer Krankheit gelitten hatte, mag es ein Trost in seinem Siechtum gewesen sein, daß er durch seine Behandlungsmethode Millionen von Menschen die Gesundheit gegeben hat.

Ich will Sie, meine verehrten Damen und Herren, nicht mit dem Werdegang der modernen Antisepsis und Asepsis aufhalten, nur kurz erwähnen, daß nach der Karbolsäure die Sublimatära kam und man vor etwa zwanzig Jahren so sehr von der Wirksamkeit der chemischen Antiseptika als einzige und beste Wundbehandlungs-

methode überzeugt war, daß man es damals wagen konnte, einem Arzt den Prozeß zu machen, weil er seine Hände nur in Seife und warmem Wasser gewaschen, nicht aber in Karbol oder Sublimat getaucht hatte, bevor er eine Wunde angerührt hatte. Es war kein geringerer, als mein unvergeßlicher Lehrer, der große Billroth, welcher schon damals mit seinem abgeklärten, wahrhaft umfassenden Wissen sagte: Es werde vielleicht die Zeit kommen, in welcher man keine Antiseptika, also kein Karbol, kein Sublimat, kein Jodoform mehr benütze und sich nur mehr mit Seife und Wasser die Hände reinige, man könne daher dem Arzt aus dieser Unterlassung keinen schweren Vorwurf machen. Nun, meine Damen und Herren, diese Vorhersage Billroths hat sich erfüllt. Die Wundbehandlung wird immer einfacher und dabei konservativer, insofern, als man sich jedweder chemischer Beeinflussung der Wunde enthält. „Die Reinlichkeit bis zur Ausschweifung", von der Billroth schon sprach, sie ist heutzutage die Devise unserer Handlungen im Operationssaal geworden. Und diese Regel ist verhältnismäßig leicht durchzuführen, seit man weiß, daß wir in der Hitze das beste Mittel haben, um unreine, mit Bakterien beladene Gegenstände verläßlich und sicher rein zu machen.

Alles, was mit der Wunde in direkte oder indirekte Berührung kommt, wird vorher in Hitze gereinigt. Die Tücher, welche die Wunde umgeben, der weiße Rock des Operateurs, die Maske, welche er aufsetzt, um die Wunde gegen die Tröpfcheninfektion beim Sprechen zu schützen, die Mütze, welche das Hereinfallen von Schuppen und Haaren verhindert und welche den Operateur sein Gesicht wie zur heiligen Vehme vermummen läßt, sie alle sind im Sterilisierapparat auf über 100 Grad durch längere Zeit erhitzt und dadurch verläßlich gereinigt. Und weil selbst ein stundenlanges Waschen die Hände, besonders in der Gegend des Nagelfalzes, nicht verläßlich frei von Bakterien macht, zieht jetzt der Operateur meist Gummihandschuhe an, welche ebenso der Hitze ausgesetzt worden sind. Die Instrumente, die Tupfer, alles ist rein und keimfrei gemacht; der Sterilisieranlage ist ein großer Raum in unserer Werkstätte eingeräumt.

Eine bestimmte Form der Wunden möchte ich noch etwas ausführlicher besprechen, nämlich die Schußwunden. In unserer so jubiläumslustigen Zeit mache ich darauf aufmerksam: im Jahre 1938 kann das 600jährige Jubiläum gefeiert werden, daß die ersten Schußwaffen

im Kriege gebraucht, also die ersten Schußwunden geschlagen wurden. Im Anfang hielt man an der Wirkung des Pulvers als an einer übernatürlichen Kraft fest und hielt die Schußwunde für vergiftet, durch den Teufel behext. So kam man zur Meinung, man müsse die durch Pulver und Blei gesetzten Wunden erst gründlich mit siedendem Oel ausbrühen. Und das ohne Narkose! Ein Zufall befreite die armen Schwerverletzten von dieser verhängnisvollen Ansicht, die so manchem braven Krieger das Leben gekostet haben mag. Dem französischen Chirurgen Ambroise Paré war im Jahre 1536 beim Feldzuge in Piemont nach einer Schlacht das Oel so knapp geworden, daß er es nur für die schwerverletzten Offiziere reservierte und die verwundeten Mannschaften ohne Oel behandelte. Da sah nun A. Paré sehr zu seinem Staunen, daß die Schußwunden der gewöhnlichen Soldaten, welche ohne Oel behandelt worden waren, unvergleichlich günstiger verliefen, als die der protegierten Offiziere. Hier hat der Zufall und die nüchterne Naturbeobachtung eines genialen Arztes die Behandlung der Schußwunden von einem ganz irrationellen Vorgang befreit; doch blieb nach wie vor noch das Streben von Aerzten und Verletzten darauf gerichtet, möglichst bald und um jeden Preis die

Kugel, welche im Körper stecken geblieben war, zu entfernen, und es wurden selbst gefährliche Eingriffe unternommen, um dieses Ziel zu erreichen. Zu diesem Behufe wurde bis in die Siebzigerjahre des vorigen Jahrhunderts die Schußwunde noch vielfach mit dem Finger untersucht; das war vielleicht minder schmerzhaft, als das Ausgießen mit siedendem Oel, oft aber, wenn der Finger unrein war, und wann war der Finger eines Chirurgen in der vorantiseptischen Zeit rein, noch gefährlicher. Erst im letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts hat man durch Beobachtungen, die während der Feldzüge und am Experimentaltisch gewonnen wurden — ich erinnere unter anderen an die von Volkmann, von Bergmann, N. Senn, Alexander Fraenkel — die Chirurgen dahin gebracht, die Untersuchung der Wunde und die Kugelsuche wegzulassen, so daß sich unsere moderne Behandlung der Schußwunden so einfach als möglich gestaltet. Wenn nicht gerade das Herz oder ein großes Gefäß verletzt ist, woraus man eine Verblutung fürchten muß, wenn nicht die Bauchhöhle durchschossen ist und durch Austritt des Magendarminhaltes Entzündung der Bauchhöhle droht, so verhalten wir uns jetzt und mit dem besten Erfolge

vollkommen abwartend, das heißt, wir bedecken die Wunde mit einem Stückchen reiner aseptischer Gaze, welch letztere wieder mit einem Heftpflasterstreifen oder einer Binde befestigt wird, und kümmern uns weder augenblicklich noch später um das Projektil. „Hands off“, das ist auch hier eines der wichtigsten Behandlungsprinzipien*.

Diese einfache Behandlung hat sich schon in den letzten Kriegen: im Burenkrieg, vor allem im russisch-japanischen Kriege, glänzend bewährt. Sie hat aber auch in der Friedenspraxis bei den zahlreichen Schußwunden glänzende Erfolge gezeitigt. Sie werden sich fragen, woher wir Chirurgen, die wir nicht Gelegenheit hatten, im Kriege zu intervenieren, große Erfahrungen über Schußwunden sammeln konnten, so daß wir uns berechtigt erachten, darüber mitzureden. Meine verehrten Damen und Herren! Die Schußwunden sind auch leider zu Friedenszeiten so zahlreich, daß wir beispielsweise im Laufe der letzten drei Jahre, seit Gründung der Unfallstation in der meiner Klinik unterstellten

*Um nur ein Beispiel zu nennen: Kaiser Wilhelm I. trug die 30 Schrotkugeln, durch welche er bei dem Attentat verletzt worden war, und welche glatt einheilten, viele Jahre ohne Beschwerden bis zu seinem Tode.

Abteilung, allein nicht weniger als 71 Patienten mit Schußwunden aufnehmen mußten, wobei die leichten, ambulatorisch behandelten Schußverletzten gar nicht mitgezählt sind.

Der Vertrieb von gemeingefährlichen Gegenständen ist mit Recht heutzutage erschwert; der Verkauf von kleinen Handwaffen, Revolvern und der modernen und so beliebten Browningpistole aber ist nicht nur frei, sondern wird durch Reklame in den Zeitungen ganz besonders erleichtert. So entnehme ich der Annonce einer Tageszeitung aus der letzten Zeit: Automatische Browning-Pistole im Werte von 60 Kronen ohne Anzahlung gegen Monatsraten zu vier Kronen samt 25 Stück Patronen! Dazu die Versicherung, daß die Waffe fünf Tage zur Probe ohne Kaufzwang gegeben wird. Eine Waffe, mit welcher der Mensch nicht allein sich selbst, sondern auch seine Mitmenschen furchtbar verletzen, ja töten kann, wird jedermann auf das leichteste zugänglich gemacht. Jeder dumme Junge, der von der Gefahr gar keine Ahnung hat, jeder heißblütige Mensch, der in der ungebändigten Aufwallung seines Zornes den Gegner schädigen will, jeder Plattenbruder kann sich auf das leichteste die Waffen verschaffen und sich und andere gefährden.

Erfreulich ist es, daß endlich auch in den gesetzgebenden Körperschaften gegen diese Zustände Protest erhoben wird. Es ist im Abgeordnetenhaus und im niederösterreichischen Landtag die Sache zur Sprache gebracht worden, hoffen wir, daß es endlich gelingen wird, hier Wandel zu schaffen, es ist hoch an der Zeit. Ich könnte Ihnen da zu Dutzenden Krankengeschichten liefern, welche flammende Proteste bedeuten gegen die Leichtfertigkeit, mit welcher diese gefährlichen Gegenstände verkauft werden. Nur einige Beispiele aus den zahlreichen, diesbezüglichen eigenen Beobachtungen:

Ein junger Student der Medizin schießt sich aus Furcht vor seinem Vater, der ihn wegen seines Leichtsinnes zur Rede stellen wollte, in die rechte Schläfe. Beide Augen sind zerstört, der junge Mensch kommt mit dem Leben davon, aber bleibt dauernd vollkommen blind und ist in Hinkunft sich und seiner Umgebung als Krüppel zur Last. Derartige Zerstörung beider Augen durch einen in selbstmörderischer Absicht abgegebenen Schuß, wobei das Leben, ich möchte fast sagen „leider", erhalten blieb, habe ich vier erlebt.

Ein Hausbesitzer versucht einen frisch gekauften Revolver, mit dem er gar nicht umzugehen weiß. Die Waffe entladet sich und der

treue, langjährige Diener des ungeschickten Herrn wird von der Kugel ins Rückenmark getroffen, sinkt wie vom Blitz getroffen zu Boden und bleibt von diesem Augenblick an beiden Füßen vollkommen gelähmt, für immer zur Bettruhe verurteilt, bis ihn ein Rotlauf nach Monaten von seinem schweren, unheilbaren Leiden erlöste.

Kürzlich wurde uns ein 14jähriger Bursche aus Dornbach eingeliefert, der sich aus Unvorsichtigkeit mit dem Revolver angeschossen hatte. Auf meine Frage, wozu er einen Revolver brauche, bekomme ich zur Antwort: in Dornbach sei es nach 9 Uhr abends unsicher. Ja, meine Damen und Herren, wenn solche Helden in größerer Zahl abends ausgehen, dann wird die Gegend unsicher.

Kürzlich kam ein junger Kellner mit einer glücklicherweise leichten Schußwunde in der Gegend der Wange in die Unfallstation. Auf Befragen, wie er dazu gekommen, erzählte er, es seien um 5 Uhr früh mehrere betrunkene Männer ins Kaffeehaus gekommen, hätten Grog bestellt, und wie er sie aufgefordert habe, zu zahlen, habe einer der Zechbrüder ihn angeschossen—wahrscheinlich mit einem Revolver auf Raten! Und wenn dieser Plattenbruder vor Gericht kommt, dann wird der Rausch als Milde=

rungsgrund hervorgeholt und der Angeklagte geht frei aus oder wird so milde gestraft, daß er die Sache sich nicht zu Herzen nimmt. Leider gilt auch im neuen bürgerlichen Gesetzbuch der Rausch als Milderungsgrund, ja entkräftet derselbe vollkommen die Schuld*.

Es sei hier noch eine andere, gerade bei uns in Wien recht verbreitete Art des Selbstmordes, beziehungsweise des Versuches dazu, erwähnt, das Trinken von Waschlauge. Es gibt wohl keine chirurgische Station in Wien, in welcher nicht ständig einer oder der andere junge Mensch in Behandlung stünde, der aus einem meist nichtigen Motive einen Selbstmordversuch mit Waschlauge gemacht hätte. Und wie selten erreichen diese Leute ihr Ziel, wie entsetzlich müssen sie sich dann durch Jahre, durch Jahrzehnte, ja ihr ganzes Leben plagen! Das Gift verätzt die Speiseröhre

* Ich bemerke hier nebenbei, daß nach einer kürzlich gemachten Zusammenstellung von schweren Verbrechen, die vom Volk begangen werden, 80 Prozent durch Alkohol bedingt sind. Die Gebildeten, die sogenannten besseren Kreise, betrinken sich weniger, hier übernehmen Eifersucht, Strebertum und vor allem Eitelkeit, die Schuld gewiß in 80 Prozent aller Inkorrektheiten und Verbrechen. Sagt doch Goethe so treffend: „Wie verfährt die Natur, um Hohes und Niedriges im Menschen zu verbinden? Sie stellt die Eitelkeit zwischen hinein.“

und diese zieht sich zusammen, so daß der Patient nichts essen kann, auf das äußerste abmagert und komplizierte, oft wiederholte Operationen nötig sind, um dem Uebel einigermaßen zu steuern. Es ist hier nicht meine Aufgabe, vor dem Selbstmord als solchen zu warnen, wenngleich derselbe gewiß in 95 Prozent der Fälle in der ersten Aufwallung des Schmerzes oder der Leidenschaft, also voreilig, geschieht. Nicht genug kann man als Chirurg diese schreckliche Art des Selbstmordes bedauern.

Eines enorm großen Fortschrittes in der Chirurgie unter den zahlreichen, die im Laufe der letzten Dezennien gemacht wurden, müssen wir noch gedenken, der Behandlung von akuten und chronischen Entzündungen der verschiedenen Organe. Ich brauche da bloß auf die Segnungen der Entfernung des entzündeten Blinddarms — sei es im Anfall, sei es in der anfallfreien Zeit — auf die schweren Gallensteinkoliken, welche so erfolgreich durch die Wegnahme der Gallenblase behandelt werden, auf die Operation der Nierensteine aufmerksam zu machen. Ich verweise ferner auf die enormen Fortschritte, welche in den letzten zwei bis drei Dezennien gemacht wurden, in Fällen, wo man

früher ganz machtlos war, bei mechanischen Beengungen der Darmpassage oder der Atmung. Gerade die Geschichte der Kropfoperation ist wohl wie keine andere geeignet, uns die großen Erfolge und die Art der Fortschritte in der modernen Chirurgie zu zeigen und die Tätigkeit in der Werkstätte des modernen Chirurgen zu beleuchten.

Man wußte schon seit Jahrhunderten, daß an bestimmten Orten der Kropf besonders häufig vorkommt und vermutete seit vielen Jahren, daß derselbe durch das Wasser bestimmter Brunnen (sogenannter Kropfbrunnen) verbreitet wird. Während nun der Kropf als sogenannter Blähhals in vielen, ja in den meisten Fällen nichts als einen einfachen Schönheitsfehler darstellt, kann derselbe, bei stärkerem Wachstume, die verderblichste Wirkung auf die wichtigsten Lebensfunktionen haben. Vor allem verengt er die Luftröhre und bedroht dadurch die Atmung. Schon in der vorantiseptischen Aera wurden öfters Kropfoperationen in Fällen, wo die Atmung besonders bedroht war, ausgeführt und wurden damit auch gelegentlich Erfolge erzielt. Jedesmal aber wurde dieser Eingriff als ein besonders gefährlicher angesehen. Noch im Jahre 1877 drückte sich Wenzel v. Linhard, der berühmte

Würzburger Chirurg, ein Jünger der Wiener Schule, dahin aus, daß er die Operation des Kropfes als tollkühn betrachte und heutzutage ist dieser Eingriff einer der häufigsten und gefahrlosesten, ja ich möchte fast sagen, eine täglich ausgeführte Operation in großen Kliniken. Um Ihnen nur zwei Zahlen zu nennen, erwähne ich, daß Kocher in Bern im fünften Tausend seiner Kropfoperationen ist und daß ich in den elf Jahren meiner Wiener Tätigkeit auch schon das erste Tausend weit überschritten habe.

Die Entwicklung der Kropfoperation ist auch noch in anderer Beziehung ganz besonders beachtenswert, daß Sie mir wohl gestatten, noch einen Augenblick dabei zu verweilen. Nachdem die ersten Eingriffe in den Siebzigerjahren des vorigen Jahrhunderts, ich möchte sagen, zaghaft unternommen wurden — ich will hier keine weiteren Namen nennen und nur erwähnen, daß dabei Billroth in Wien und Kocher in Bern die führende Rolle übernahmen — wagte man sich mehr und mehr an diesen Eingriff heran und sah davon derartige Erleichterung in bezug auf die Atmung, daß man trachtete, da nach teilweiser Entfernung des Kropfes ab und zu ein Wiederwachsen beobachtet wurde, lieber die ganze Schilddrüse wegzunehmen, von der man doch nicht

recht glaubte, daß sie eine besondere Wichtigkeit für den Organismus haben könne.

Es war dies in einer Zeit, wo man noch eine völlige Mißachtung vor denjenigen Organen hatte, deren Funktion nicht ganz klar zutage lag. Bald zeigte sich die Ernüchterung. In den Fällen, in welchen man bei der Operation, um ja ganz gründlich alles zu entfernen, die ganze Schilddrüse samt den Nebendrüsen fortgenommen hatte, kam es zu furchtbaren Folgeerscheinungen, zur dauernden Verblödung oder auch zum Auftreten starrkrampfartiger Krämpfe, die zum Tode führen konnten. Wenn hier in die anfangs so unklar und verborgen liegenden Verhältnisse bald Licht gebracht wurde, so verdankt man dies ausschließlich dem Zusammenarbeiten des Chirurgen, der die Verhältnisse am Krankenbette studierte, mit dem Physiologen, der die Tierexperimente zu Rate zog. Der Tierversuch erwies die Schilddrüse als ein lebenswichtiges Organ und zeigte, daß die kleinen, so unscheinbaren Körperchen neben der Schilddrüse, die sogenannten Nebenschilddrüsen, die kaum größer als eine Linse sind, als Entgiftungsorgane des Körpers besonders wichtig sind. Nach Entfernung der Schilddrüse bleibt das Tier im Wachstum stehen, wird gleichgiltig und

es verblödet, so wie dies beim Menschen beobachtet wurde; während die Entfernung der Nebendrüsen akute, leicht zum Tode führende, schwere Krampfanfälle verursacht. Und, meine Damen und Herren, die Tierexperimente haben es bedingt, daß heute, Gott sei Dank, diese Erkrankungen beim Menschen als Folgeerscheinungen von Operationen kaum mehr beobachtet werden, wodurch jetzt die Kropfoperation ihrer Schrecken beraubt ist, indem sie, die nach Listers Methode in bezug auf die Wundheilung fast gefahrlos wurde, nun auch keine späteren schädlichen Folgen mehr zurückläßt, so daß die kropfkranke Menschheit die vollen Segnungen der Operation an sich erfahren kann. Hätten die Tierversuche nichts anderes an Nutzen für die leidende Menschheit erbracht, als die Klärung dieser Frage, welche diese Operation heutzutage wirklich zu einer der segensreichsten und glänzendsten gemacht hat, so müßten dadurch allein die Gegner der Vivisektion verstummen*. Und nun ist das angeführte Beispiel nur eines, wo der Wert eines Organes durch die Vivi-

* Ich verweise betreffend die Frage der Wichtigkeit der Vivisektion auf meinen in Karlsbad gehaltenen Vortrag: „Der Wert der Schilddrüse im Haushalte der Natur". Leipzig, Vogel, 1902. (Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte.)

sektion geklärt wurde. Ich müßte die ganze moderne Chirurgie durchgehen, um Ihnen zu sagen, was alles der Tierversuch zum gegenwärtigen Aufbau der Heilkunde beigetragen hat. Ich erwähne nur kurz, daß die Technik der Magen- und Darmnähte, die Technik der Operationen an den Nieren und der Leber, am Gehirn, an den Lungen und am Herzen erst durch das Tierexperiment so weit gefördert wurde, wie wir sie heute sehen. Gerade der Tierversuch hat in neuerer Zeit zum Organrespekt, wenn ich mich so ausdrücken kann, geführt und dadurch die Chirurgie so mächtig gefördert. Ihnen allen wird es geläufig sein, daß das Diphtherie-Antitoxin nur durch Tausende und Hunderttausende von zum Teil schmerzhaften Eingriffen am Tiere (Pferden, Kaninchen und Meerschweinchen) gewonnen werden konnte. Dasselbe gilt für das Mittel gegen den Starrkrampf. Und die Gegner der Vivisektion sind vielfach die ersten, welche dem Arzt einen erbitterten Vorwurf machen, wenn er das kranke Kind bei Diphtherie nicht gleich retten kann und vergessen dabei vollkommen, daß dies bloß mit einem Mittel möglich ist, welches wir dem Tierversuche verdanken.

Ich hätte mich nicht so lange Zeit mit diesem Thema aufgehalten, wenn nicht immer und

immer wieder die Tierversuche von Feinden der Wissenschaft bekämpft würden.

Es ist mir in der kurzen Zeit gar nicht möglich, die einzelnen Fortschritte, welche die letzten Jahrzehnte gezeitigt haben, anzuführen, nur auf ein Beispiel will ich noch aufmerksam machen: auf die Entwicklung der plastischen Operationen. Die Skalpierung durch die Indianer ist eine historische Verwundung; in moderner Zeit besorgt dies viel gründlicher der maschinelle Betrieb, wenn Fabriksmädchen mit offenen Haaren arbeiten oder am Zopf von einer der zahlreichen Walzen ergriffen werden. Es ist dies eine furchtbare Verletzung, welche in früherer Zeit meist dadurch zum Tode führte, daß die Wunde niemals zur völligen Heilung kam und dann doch gelegentlich eine Entzündung sich einstellte, welche das Leben gefährdete. Jetzt werden kleine Hautstückchen vom Oberschenkel des Patienten (nach der Methode von Reverdin-Thiersch) ausgeschnitten, auf die Wunde gelegt und gelangen daselbst zur Heilung. Eine ausgedehnte Narbe der Hand, welche die Finger ganz verkrümmen und gebrauchsunfähig machen, wird mit dem Messer entfernt, ein Stückchen Haut aus der Brust oder vom Rücken präpariert und an der wundgemachten Stelle eingenäht, vorderhand aber noch mit dem Mutter-

boden in Verbindung gelassen und erst nach 8 bis 10 Tagen ganz auf die neue Stelle verpflanzt. Nicoladoni, der leider so früh verstorbene geniale Grazer Chirurg, hat einen weggerissenen Daumen in der Weise neugebildet, daß er die zweite Zehe des betreffenden Patienten als Daumen einheilte. Ich konnte durch dieses Nicoladonische Verfahren einen verloren gegangenen Zeigefinger durch die zweite Zehe des Verletzten ersetzen, wobei der Erfolg ein so günstiger war, daß sogar ein Student beim Examen, der von der Vorgeschichte nichts wußte, von der ganzen Verpflanzung nichts bemerkte. Der Patient konnte den Zeigefinger gut gebrauchen. Lexer hat ein versteiftes Kniegelenk ausgeschnitten und ein bewegliches von einem eben amputierten Oberschenkel eingepflanzt und zur Einheilung gebracht, der Patient behielt dauernd ein bewegliches Knie. Eine Lücke im Schädelknochen wird heutzutage mit großer Sicherheit dadurch gedeckt, daß man von demselben Menschen ein Stück Knochen aus dem Schienbein nimmt und dem Patienten in die Knochenlücke des Schädels hineinlegt.

Fast könnte man glauben, in der Werkstätte des Chirurgen werden heutzutage schon mehr als gewöhnliche Reparaturen übernommen.

Dem Franzosen A. Carrel, dessen Technik ich vor zwei Jahren im Rockefeller-Institut in New York bewundern konnte, ist es gelungen, beim Versuchstiere Stücke von Gefäßen durch Gefäße eines anderen Tieres zu ersetzen. Er hat sogar die Niere des Versuchstieres herausgeschnitten, auf einen reinen Teller gelegt und mit Erfolg wieder zurückverpflanzt, so daß sie einheilte. Er hat einem Hunde ein Bein weggenommen und ihm das Bein eines anderen, eben getöteten Hundes angenäht, so daß dieses verpflanzte Bein durch 27 Tage am Leben blieb.

Alle diese Experimente sind bloß am Versuchstier gelungen und es ist mehr als fraglich, ob sie jemals auf den Menschen übertragen werden können.

Die moderne Werkstätte des Chirurgen hat sich alle modernen Behelfe der Wissenschaft und Technik zunutze gemacht: Kaum hatte man aus dem Gummibaum den Kautschuk rein gewonnen, so wurden die Kautschukdrains, die Kautschukkatheter, die einen unentbehrlichen Behelf für den modernen Chirurgen bilden, hergestellt. Aus Kautschuk ist die Esmarchsche Binde angefertigt, mit Hilfe deren die Blutleere ausgeführt und eine große Menge Operationen erst ermöglicht wird.

Die Elektrizität wird zur Beleuchtung des Operationssaales verwendet, so daß es heutzutage gleichgiltig ist, ob man bei Tage oder Nachts operiert. Man gebraucht sie, um in die verschiedenen Höhlen des Körpers hineinzuleuchten, wodurch nicht nur die Diagnose, sondern auch die Therapie so viel erleichtert wird. Die Elektrizität dient nicht nur dem Zahnarzt, um seine kleinen Bohrer in Bewegung zu setzen, sondern auch in gleicher Weise dem Chirurgen für größere Bohrer zur Trepanation.

Und was uns die Röntgen-Strahlen alles leisten, das ist allbekannt! Sie zeigen uns verschluckte Gegenstände, belehren uns, ob die Knochen nach einem Bruch richtig stehen, geben über lokale Erkrankungen des Magens und Darms Aufschluß, und sind heute eine unentbehrliche Hilfe jeder chirurgischen Werkstätte.

Der der Billroth-Schule entstammende geniale, leider zu früh verstorbene v. Mikulicz veranlaßte seinen Assistenten Sauerbruch, die Frage des Ueber- und Unterdruckes zu studieren, so daß heutzutage die Gefahr der Operation an der Lunge und am Herzen ganz wesentlich verringert ist. Ich müßte die ganze moderne Chirurgie durchgehen, um Ihnen zu zeigen, was alles im Laufe der letzten Dezennien an Fortschritten

gewonnen ist, wie sehr der Chirurg in seiner Werkstätte sich der ihm von Natur, Wissenschaft und Technik dargebotenen Hilfsmittel bedient. Und diese Fortschritte beziehen sich nicht allein auf den momentanen Effekt der Operation, sondern vor allem auch auf die Dauererfolge. Es war eines der zahlreichen großen Verdienste meines Lehrers Billroth, daß er in kühler Selbstkritik, geleitet von dem Streben nach Wahrheit, um die Frage: Was leiste ich tatsächlich, beantworten zu können, die Nachforschungen über das Schicksal seiner Patienten in seinem so berühmt gewordenen Jahresberichte niederlegte. In der Einleitung zu diesem groß angelegten Werke sagte er noch im Jahre 1878, also zu einer Zeit, wo man mit der Einführung der modernen Wundbehandlung in Wien gerade begonnen hatte: „Es ist mir bei Abfassung dieses Buches oft melancholisch zu Sinn, wenn ich denke, daß dasselbe, bis es vergessen wird, wesentlich dazu dienen wird, durch Zahlen den Beweis zu liefern, wie schlecht es früher mit der Chirurgie bestellt war. Es wird einen dunklen Hintergrund bilden, auf den die kommenden Generationen ihre leuchtenden Bilder zeichnen werden. Doch ich tröste mich, daß es angenehmer und effektvoller sein wird, auf

einem solchen, in satten Farben gehaltenen Hintergrund lichte Figuren zu malen, als auf einem grauen, nebelhaften." Seit 1878, in welchem Jahre Billroth dies geschrieben hat, ist die Chirurgie in der Tat gewaltig fortgeschritten, Billroth selbst half ja so viel dazu! Seit dieser Zeit ist die Werkstätte rein und damit fast ungefährlich geworden, so daß heutzutage mancher Chirurg im stolzen Gefühl über die mächtigen Fortschritte der Chirurgie, im stolzen Bewußtsein dessen, was er seinen Patienten leisten kann, sagen mag: Es ist eine Freude Chirurg zu sein, so gut und so vielfach seinem Mitmenschen helfen zu können! Doch es ist dafür gesorgt, daß die Bäume nicht in den Himmel wachsen! Abgesehen davon, daß eine Serie von guten Erfolgen immer wieder durch einen Mißerfolg unterbrochen wird, der dann wie ein Blitz aus heiterem Himmel kommt, gibt es der Krankheiten genug, in welchen wir nicht oder nur auf Kosten schrecklicher Verstümmelungen helfen können. Und gerade dabei wird auch so oft erst dann an die Kunst des Chirurgen appelliert, wenn derselbe von vornherein jede Hilfe ablehnen muß.

So sehr die Chirurgie konservativ wurde, ist es noch durchaus nicht gelungen, die Am-

putation aus der Reihe unserer Operationen auszuschalten und sie ist es, die dem Operateur immer wieder ein Armutszeugnis seines Könnens ausstellt. Sie, welche die am wenigsten rühmliche Tat des Chirurgen darstellt, bleibt eben häufig das Einzige, wodurch das Leben des Patienten gerettet werden kann. Sie stellt die ultimo ratio in Fällen von schwerster Verletzung, von Brand, schweren Entzündungen, Tuberkulose, Beinfraß und endlich die bisher einzige Methode der Heilung bei der Neubildung, beim Krebs, dar. Und damit komme ich auf die Behandlung der bösartigen Geschwülste zu sprechen, über deren Ursache man noch fast gar nichts weiß! Vielleicht spielt ein ungewöhnlich rasches Altern bestimmter Organe eine, wenn schon nicht ursächliche, doch begünstigende Rolle!

Für die Behandlung der bösartigen Geschwülste, für die Behandlung des Krebses im weitesten Sinne des Wortes, ist bisher immer nur das Wegschneiden desselben, also eine Exstirpation der Geschwulst, die rationellste Methode, wenngleich durch chemisch-thermische Behandlung, ich meine Röntgen- und Radiumbehandlung manche Erfolge erzielt sind. Für die Behandlung des Krebses fehlt noch das heilende Medikament, welches denselben in

ähnlicher Weise beeinflußt, wie dies das Jod und Quecksilber bei manchen chronischen Entzündungsprozessen tut, wobei auf die ersten Gaben hin schon der Krankheitsprozeß stehen bleibt und sich rapide bessert, um dann oft unter einem einzigen Behandlungszyklus vollkommen zur Ausheilung zu kommen. Für den Krebs gebricht es dermalen noch an einem solchen Mittel. Ich erinnere an den Ausspruch, den mein Vorgänger im Amte, Professor Albert, getan: daß man dem Manne, der für den Krebs ein Heilmittel fände, auf der Ringstraße ein Monument aus Gold setzen müsse. Hoffen wir, daß die Ringstraße nicht zu lange darauf warten muß. Können wir daran zweifeln, daß es jemals dazu kommt? Ich glaube ganz und gar nicht. Ich habe die feste Ueberzeugung, daß ein wesentlicher Fortschritt in der Klärung der Ursache des Krebses, die uns bisher noch verborgen ist, erfolgen wird. Und hat sich einmal die Ursache gefunden, dann wird es hoffentlich auch gelingen, ohne verstümmelnde Operation, ohne große Stücke der Brust, der Gesichtshaut, der Zunge, des Darms und anderer Organe wegzuschneiden, den Krebs zur Heilung zu bringen. Ob die jetzt lebende Generation dieses Mittel noch erleben wird, das bleibt abzuwarten;

aber gerade, weil das Mittel bisher noch nicht gefunden ist, muß so eifrig danach gesucht werden. Gegenwärtig ist immer noch das Messer das Einzige, was gegen dieses furchtbare Uebel hilft. Hier versagt das Vorbild der Natur für unsere Werkstatt; eine Naturheilung des Krebses ist bisher noch nicht sichergestellt. Die Operationen bei Krebs haben auch schon viele Dauerheilungen erzielt, aber daneben bleibt immer noch eine nicht geringe Anzahl von Fällen, in welchen radikale Hilfe nicht mehr möglich ist, ob nun von vornherein der Sitz des Krebses einer ist, der für die Operation nicht zugänglich ist, oder aber der Patient zu spät in Behandlung kommt, also die Operation nicht radikal gemacht werden konnte.

Am besten wäre Gelegenheit zur Hilfe für diese Kranken durch Gründung eigener Spitäler gegeben, in welchen diese Unglücklichen, die meist in den mit heilbaren Kranken überfüllten Krankenhäusern keinen längeren Aufenthalt finden, Aufnahme und liebevolle Verpflegung erhielten. Wie oft hört man nicht von Krebskranken, bei welchen das Leiden schon weit fortgeschritten ist: sie möchten ein kleines Plätzchen in einem Spital, ein Bett wenigstens, wo sie ruhig ihre Krankheit durchmachen und sterben

können! In einem solchen Spital wäre ohne Belästigung für den Kranken Gelegenheit gegeben, immer wieder die Entwicklung und den Verlauf der Krankheit — und mag derselbe auch schon tausendmal beobachtet und studiert worden sein — zu verfolgen. Einmal wird und muß es gelingen, die ganze Frage zu lösen!

Von allen diesen Gesichtspunkten aus ist es auf das lebhafteste zu begrüßen, daß die k. k. Oesterreichische Gesellschaft zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit, die sich des Protektorats unseres gnädigsten Kaisers erfreut, durch hochherzige Spenden und Stiftungen in den Stand gesetzt wird, ein Spital zu errichten, bei welchen die Humanität als oberste Devise hochgehalten, gleichzeitig aber das wissenschaftliche Studium gefördert wird.

Vorläufig ist, das möchte ich ganz besonders betonen, der Schwerpunkt der Krebsbehandlung in der Frühoperation zu suchen, und die Frühoperation ist mit der Frühdiagnose eng verknüpft. Es ist schwer, öffentliche Belehrung über die ersten Anfänge von Krebsleiden zu geben! Leider tritt der Krebs häufig, ohne Beschwerden zu verursachen, heimtückisch auf. Immer wieder hat man als Chirurg Gelegenheit, zu bedauern, daß der Krebs in seiner Entwicklung nicht

schmerzt, etwa wie ein schlechter Zahn. Während der Schmerz sonst ein ausgezeichneter Wächter der Gesundheit ist —denken Sie an den Schmerz, welches ein kleines Sandkorn im Auge verursacht und der uns veranlaßt, die baldigste Entfernung desselben anzustreben — versagt er, uns bei der Entwicklung des Krebses zu alarmieren.

Auch die gebildeten Menschen lassen, wenn irgend eine Krankheit keine Schmerzen und Beschwerden macht, die Dinge gehen und fragen erst dann den Arzt, wenn eine Entstellung oder Schwellung sichtbar wird. Und deshalb wird sich wohl in allernächster Zeit daran nichts ändern, daß in der Sprechstunde des beschäftigten Operateurs immer wieder jene armen Patienten erscheinen, bei welchen ein Blick dem Chirurgen sagt: Hier ist nichts zu machen, nichts zu helfen, als höchstens mit Morphin die Schmerzen zu lindern. Hier steht ein Mensch vor uns, der sicher dem Tode entgegengeht. Und wenn es dann gelegentlich vorkommt — mir selbst ist es leider schon öfter passiert — daß eine vollbesetzte Sprechstunde zu einem Drittel oder zur Hälfte aus solchen Patienten besteht, welche meinen: „Auch Sie können mich nicht operieren und doch bin ich so viele Meilen weit hergereist; mein Hausarzt hat mich an Sie geschickt mit der Bitte, Sie

möchten mich operieren", dann empfindet man es als einen schrecklichen Beruf, Chirurg zu sein und sich immer wieder seine Ohnmacht gegenüber diesem furchtbaren Leiden vorhalten zu müssen! Dann fühlt man, daß in dem dunklen Rahmen, den Billroth in seinem Jahresbericht anno 1878 geschaffen, noch viele Lichtbilder übrig bleiben, welche die künftige Forschung einzeichnen muß.

Meine Damen und Herren, wenden wir uns der Frage zu: Wie soll die Werkstätte des Chirurgen aussehen? Es ist noch gar nicht lange her, daß es mit der Einrichtung dieser Werkstätte herzlich schlecht bestellt war. Das Verdienst des großen Kaisers Josef II. kann gar nicht hoch genug angerechnet werden, daß er das schöne, große Krankenhaus errichten ließ, welches für die damalige Zeit ein Muster war. Aber erst in neuerer Zeit sind die Forderungen der Hygiene für die Spitäler wesentlich größere geworden. Bedenken Sie, daß noch im Jahre 1867, als mein unvergeßlicher Lehrer Billroth von Zürich nach Wien berufen wurde, eine seiner Bedingungen, die er an die Annahme des an ihn ergangenen Rufes knüpfte, war, daß mit der bis dahin bestehenden Uebung gebrochen werde, wonach in dem Operationssaale,

in welchem täglich Operationen am Menschen ausgeführt wurden, am Samstag ein Kadaver auf den Operationstisch gelegt wurde, um an demselben die Studenten zu prüfen. Auch der nicht medizinisch Gebildete wird sich sagen, so etwas sei mit den einfachsten Prinzipien der Reinlichkeit nicht vereinbar.

Heute ist die moderne Baukunst, von den Prinzipien der Hygiene geleitet, in den Dienst des Spitalbaues und Einrichtung gestellt. Allüberall sind Paläste erstanden, in welchen die Kranken, die bisher mit schlechten Räumen vorlieb nehmen mußten, wirklich das haben, was sie vor allem brauchen: Reinlichkeit, Luft, Licht, Sonne und Staubfreiheit. Niemals findet ein solcher Patient zu Hause in seinem ärmlichen Heim ähnliche glänzende Außenbedingungen zur Heilung, wie in den modern eingerichteten Krankenzimmern. Die Operationssäle bieten in den neuen Spitälern und Sanatorien wahre Sehenswürdigkeiten dar. Eine Reihe von Instituten und Kliniken der Wiener Universität sind im Laufe der letzten Jahre nach modernen Prinzipien erbaut und erstanden, doch ist die Mehrzahl der Kliniken noch alt und die meine gehört auch zu diesen. Wenn ich die Werkstätte ansehe, in welcher ich den Unterricht zu erteilen habe,

dann muß ich sagen, sie sieht noch schlecht aus und entspricht den gegenwärtigen Anforderungen durchaus nicht mehr. Das altehrwürdige Allgemeine Krankenhaus leistete ungemein viel, aber jetzt geht es schon kaum mehr! Wohl kann auch in einem alten und schlechten Hause ein guter Geist herrschen, wohl trachtet man auch im schlecht eingerichteten Spital das Beste zu leisten, erzielt zum Glück erfreuliche Resultate und sucht die Studenten so gut es möglich ist zu unterrichten. Aber die Mühe, zu verhindern, daß kein Unglück, keine Entgleisung der Asepsis passiert, ist groß. Und es paßt schlecht zu den Erläuterungen, welche der Lehrer den Studenten zum Beispiel über Krankenpflege und die dem Kranken zuzuwendende Sorgfalt zu erteilen hat, wenn die Studenten sehen, daß die Patienten, die man mit möglichster Sorgfalt und Schonung zu behandeln bestrebt ist, hinter der Bretterwand im Auditorium warten müssen und nicht nur den Vortrag des Professors (eigene Warteräume stehen nicht zur Verfügung), sondern auch die Schreckensrufe, die zu Beginn der Chloroformnarkose von aufgeregten Patienten ausgestoßen werden, ja sogar das Meißeln und Sägen mitanhören müssen.

Im überfüllten Krankenzimmer, dem es an

Isolierzimmern gebricht, müssen die Patienten mitansehen, wie die schwerverletzten Kranken sterben, wie die mit Lungen- oder Darmleiden Behafteten (mangels eines eigenen Verbandzimmers) den Verbandwechsel durchmachen müssen, wobei dem Rekonvaleszenten, dem sich der erste Appetit zu regen beginnt, dieser auf Tage hinaus wieder vergehen muß.

Von der Einrichtung meines Auditoriums, in welchem täglich 160 bis 250 Studenten den Unterricht in der Chirurgie erhalten sollen, möchte ich am liebsten schweigen. Es gebricht dort an Garderoberäumen, so daß dem Studenten an Unwettertagen nur die Wahl bleibt, seinen triefenden Mantel und Schirm auf den Knien zu halten und damit sich und seine Umgebung zu belästigen, oder sein Uebergewand in den einzigen, kleinen Kasten zu pferchen, woselbst er Gefahr läuft, es nicht wieder zu erhalten. Der Student sieht nicht ordentlich, in den oberen Reihen ist es furchtbar heiß, im Podium des Amphitheaters kalt, ein Schnupfen und chronischer Husten des Vortragenden ist an der Tagesordnung.

In einer solch unzulänglichen Werkstätte, wie ich sie Ihnen eben schilderte, muß sich ein Tagesprogramm abspielen, das wohl Anrecht auf

erstklassige äußere Mittel hätte. Ich greife die Ereignisse eines der letzten, allerdings sehr bewegten Tages heraus:

Um 7 Uhr früh wird auf den verschiedenen Stationen die Visite abgehalten, die dienstlichen Schriftstücke werden erledigt, notwendige Verbände oder vorbereitende Eingriffe auf dem Zimmer vorgenommen. Um 7½ Uhr beginnt die Arbeit im Operationssaal. An zwei Tischen wird fortlaufend operiert: Eine Hirngeschwulst, ein Kropf, ein Magengeschwür, eine Blinddarmentzündung. Unterdessen wird im Parterre für die Vorlesung vorbereitet. Es soll über Brüche, über Brucheinklemmung gesprochen werden. Vorher wird noch rasch ein Speichenbruch vorgestellt, der eben an die Klinik kam und nun in Gegenwart der Studenten eingerichtet und verbunden wird. Den theoretischen Vortrag unterbricht die Meldung, daß eben eine Stichverletzung der Lunge eingebracht wurde. Der Patient wird sofort in den Hörsaal gebracht, hier eingehend untersucht, die Notwendigkeit, die Art und die Chancen eines Eingriffes besprochen. Dieser Eingriff wird nun gleich vor dem Auditorium angeschlossen. Unterdessen ist um 11 Uhr die Vorlesungszeit zu Ende, aber es wird für jene Studenten, die Lust und Zeit haben, länger zu

bleiben, noch ein Gipsverband der Hüfte und eine Sondierung des Harnleiters gezeigt. In einem Nebenraum schließt sich der Vorlesung ein Kurs über Verbände an. Um 1½ Uhr mittags ist das Vormittagsprogramm der Klinik erledigt.

Die Ambulanz, von früh morgens an, von einem eigenen Assistenten und zwei Operationszöglingen geleitet, mit einer Jahresfrequenz von über 18.000 neuen Patienten, der sich eine kaum kontrollierbare Zahl fortlaufend behandelter Patienten anreiht, beginnt wieder um 3 Uhr nachmittags, nach kaum anderthalbstündiger Pause. Um ½4 wird die Arbeit in den Zimmern aufgenommen: Es werden Verbände gewechselt, chemische und histologische Untersuchungen durchgeführt, die Krankenprotokolle ausgefüllt, Musealpräparate angefertigt, das Programm für den nächsten Tag entworfen. Die Vornahme einer dringlichen Blinddarmoperation füllt die Zeit von 6 bis 7 Uhr abends. Von 8½ bis 10½ Uhr abends bespricht in jeder zweiten Woche eine Versammlung aller Aerzte der Klinik unter meinem Vorsitz die internen Angelegenheiten an derselben und bringt Referate über die neuesten Errungenschaften aller medizinischen Spezialgebiete. Aber

auch diese Sitzung wird oft durch die Notwendigkeit einer neuerlichen, dringlichen Operation, eines schweren Unfalles, einer Schußverletzung aufgehoben. Es hat viele, viele Tage gegeben, wo noch um 11 Uhr, 12 Uhr nachts im Operationssaal gearbeitet werden mußte. Wenn Sie der unzulänglichen Mittel und Räumlichkeiten gedenken, dann werden Sie es begreiflich finden, daß ich immer wieder betone: Es ist hoch an der Zeit, daß auch für die chirurgischen Kliniken etwas geschieht. Die chirurgischen Stationen der Provinzstädte Oesterreichs: Linz, Wiener-Neustadt, St. Pölten, Troppau, Teschen, Scheibbs, Brünn, Klagenfurt und Mistelbach, um nur einige zu nennen, sind ungleich besser eingerichtet, als die beiden chirurgischen Universitätskliniken der Residenzstadt. Ich will gar nicht erst auf die herrlichen Einrichtungen der Universitätskliniken in Deutschland hinweisen. Und welch großartige Einrichtungen finden sich in Amerika! Dort allerdings sorgt das Land und der Staat für die Krankenhäuser und den Unterricht gar nicht. Alles ist durch Privatsammlungen zusammengebracht. Wohl ist mehr Kapital dort, aber auch in Europa findet sich große Opferwilligkeit. Allerdings wird bei uns viel zersplittert. Ist

nicht jeder, der nur etwas Geld besitzt, Mitglied von 10 bis 20, ja von 50 bis 100 humanitären Vereinigungen, ein Beweis dafür, daß eben überall ein Bedürfnis für die verschiedensten Wohlfahrtsvereinigungen vorhanden ist.

Ich will gerne anerkennen, es geschieht ja vonseiten des Staates viel, viel auch von privater Seite, aber gerade, weil sich die private Unternehmung nicht an die Stiftung großer Spitäler und Universitätsinstitute heranmacht, ist es Pflicht des Staates, dafür Geld aufzubringen und in etwas schnellerem Tempo, als es bisher geschehen ist. Je schreiender bei uns die Uebelstände sind, umsomehr fühle ich mich verpflichtet, bei einer solchen Gelegenheit auch darüber offen zu sprechen und immer wieder auf die Dringlichkeit eines Neubaues aufmerksam zu machen. Unsere mangelhaften Spitaleinrichtungen sind doppelt zu bedauern, weil das in der großen Stadt zusammenströmende Krankenmaterial — Sie verzeihen den dem medizinischen Jargon entnommenen Ausdruck — besonders seit der Angliederung der Unfallstation an die Klinik ein so ausgewähltes ist, daß man als Lehrer das Gefühl hat, man könnte wirklich gut und mit bestem Erfolge unterrichten, wenn nur

die Einrichtungen besser wären. Ueberdies macht sich immer mehr und mehr zunehmend ein Mangel an Leichen zum Studium für den Studenten und zur Uebung für den angehenden Arzt, der ja doch erst die Operation an der Leiche üben muß, geltend, so daß daraus für den Unterricht eine ernste Gefahr erwächst. Der Chirurg kann sich noch dadurch helfen, daß er das Tierexperiment auch für den Unterricht heranzieht. Ich habe, dem Beispiel der Amerikaner folgend, seit mehr als Jahresfrist für die Operateure meiner Klinik Uebungen eingeführt, welche meine Assistenten mit nicht genug anzuerkennendem Fleiß leiten, um beim narkotisierten Hunde die verschiedensten Eingriffe, Magen-, Gallenblasen-, Hirnoperationen ausführen zu lassen, wobei meinen jungen Aerzten Gelegenheit gegeben ist, die am Menschen so nötige Fertigkeit, Ruhe, Geistesgegenwart bei Blutungen und die Kunst der Asepsis und Narkose zu erlernen. Sie sehen auch hier wieder den großen Wert der Tierversuche für die Werkstätte des Chirurgen.

Ich erinnere gerne an die zahlreichen, von privaten Mitteln gewährten Fürsorgen für Tuberkulose, Lupus, die geplanten Carcinomkrankenhäuser, an die musterhaft eingerichteten See- und Berghospize, welche wir in Oesterreich

besitzen; ich erinnere daran, daß in allernächster Zeit der Ruf zur Gründung von Heilstätten im Hochgebirge, wo die Sonnenbehandlung, welche in der Schweiz (St. Moriz, Leysin) so günstige Resultate zeitigt, auch unseren armen Patienten zugänglich gemacht werden soll, ergehen wird. Es ist ein großer, erfreulicher Zug im gebildeten Publikum, sich für humanitäre Bestrebungen zu interessieren, und es kann nicht genug bedauert werden, wenn dann hochherzige Bestrebungen einzelner, den armen kranken Mitmenschen auch die schönsten und gesündesten Gegenden unserer Gebirge zugänglich zu machen, an der Engherzigkeit und der übertriebenen Bazillenfurcht der Vermögenden scheitern.

Und wie viel wäre vom hygienischen Standpunkte noch zu wünschen übrig, wie vieles auch, was gar keine wesentlichen Kosten verursachen würde. Ich will nur auf das Spuckverbot zur Vermeidung der Verbreitung der Tuberkulose hinweisen, dessen strenge Durchführung gewiß die günstigsten Erfolge zeitigen wird. Ich erinnere an die wünschenswerte Strenge, mit der darauf gesehen werden sollte, daß im Gasthaus die Semmel, in der Tabaktrafik die Zigarre, nicht erst lange mit den schmutzigen Händen auf ihre Mürbheit

geprüft werde. Wie wünschenswert wäre es, wenn in Kolonialwarengeschäften die meist sauber weiß gekleideten Kommis ihre Hände nur zu dem Aufschneiden der Wurst und anderen Eßwaren, nicht auch zu dem Einkassieren des schmutzigen Geldes verwenden würden.

Doch diese Betrachtungen würden mich zu weit von meinem Thema abführen.

Es ist erfreulich, daß sich heutzutage so viele Laien dafür interessieren, sich mit der ersten Hilfe bei Unglücksfällen vertraut zu machen, und man kann das Verdienst des Kieler Chirurgen von Esmarch nicht hoch genug einschätzen, daß diese Hilfe so popularisiert worden ist. Allerdings wir in Wien haben eine solche Laienhilfe vielleicht weniger nötig als anderswo, weil wir die Freiwillige Rettungsgesellschaft haben, ein Institut, welches in ausgezeichneter Weise die erste Hilfe besorgt.

Eine dringende Verbesserung aber verlangt bei uns noch das Rettungswesen bei Eisenbahnunfällen. Vor Jahren auf diesen Gegenstand aufmerksam gemacht, habe ich mich mit ihm etwas eingehender befaßt und kam beim Studium der gegenwärtig bestehenden Rettungseinrichtungen für den Fall eines Eisenbahnunglückes zu der Einsicht, daß diese dringender Verbesserung be-

dürftig sind. Nicht nur, daß unsere Personenzüge keinerlei Verbandmaterial für einen Unglücksfall mit sich führen, wie dieses in den Zügen in Ungarn, Deutschland und den meisten Kulturländern der Fall ist, sondern es ist auch der gegenwärtige, große Rettungsapparat in den Hauptstationen gänzlich unzulänglich und veraltet.

Wenn heute bei uns ein Eisenbahnunglück geschieht, können selbst mehrere im Zuge anwesende Chirurgen, mangels eines reinen Verbandmaterials, die frischen Wunden nicht zweckmäßig verbinden und doch wissen wir jetzt, daß der Schwerpunkt in der baldigsten Versorgung der Wunde liegt und daß das weitere Schicksal des Verletzten oftmals bloß davon abhängt, ob er im ersten Augenblicke einen reinen Verband bekommt oder der Infektion ausgesetzt ist. Möchte mein Ruf heute nicht so ungehört verhallen wie bisher.

Ich habe vor acht Jahren auf diesen Uebelstand im obersten Sanitätsrat aufmerksam gemacht und hat derselbe über meine Anregung einstimmig beschlossen, eine diesbezügliche Anregung den maßgebenden Behörden zu geben. Ich habe mich weiterhin mit dem Chefarzt der Südbahn, Dr. Rosmanit, und dem Ihnen allen bekannten Skimeister Zdarsky, der in Lösung praktischer Fragen

besonders geschickt ist, zusammengetan, und wir haben zwei Typen von Rettungskoffern konstruiert, die meiner bescheidenen Ansicht nach allen Anforderungen entsprechen. Jeder Koffer ist leicht, handlich und enthält Notverbände für alle denkbaren Verletzungen, vor allem ist er so eingerichtet, daß die in ihm befindlichen Verbände im Falle eines Unglücks auch von einem Laien leicht angelegt werden können. Nun, der Koffer ist fertig, er ist der maßgebenden Behörde vorgelegt; man spricht auch davon, daß demnächst ein Entscheid fallen werde, hoffentlich noch früher, als bis ein Eisenbahnunglück uns neuerlich von der ganzen Unzulänglichkeit der gegenwärtigen Einrichtungen überzeugt.

Wir haben, meine sehr verehrten Damen und Herren, bisher nur über die Werkstätte, über die Resultate und die modernen Fortschritte des Chirurgen gesprochen, und es bliebe noch so viel aus dem „Innern" der Werkstätte zu erzählen, über das Verhältnis des Chirurgen zum Patienten. Doch ich muß mich in Anbetracht der vorgerückten Zeit kurz fassen. Ich verweise die sich dafür Interessierenden auf meine Antrittsvorlesung bei der Uebernahme der chirurgischen Lehrkanzel in Utrecht*. Ich erinnere nur daran, wie schwer es ist, trotz aller modernen Fortschritte,

* Die äußeren Bedingungen und die soziale Indikation für chirurgische Operationen. „Wiener klinische Wochenschrift". 1893.

oder ich möchte sagen, vielleicht gerade wegen derselben, in vielen Fällen die Entscheidung zu treffen. Je mehr Vertrauen der Patient hat, desto schwieriger wird für den Arzt die Entscheidung, weil er sich seiner ganzen Verantwortung dabei bewußt ist. Dort, wo alles klar liegt, daß operiert werden muß, wird es keine Schwierigkeiten machen; aber bei den sogenannten relativen Indikationen. Ich erinnere an die große Schwierigkeit der Entscheidung, zum Beispiel der Operation am Blinddarm in den anfallsfreien Stadien. Auf der einen Seite möchte man vermeiden, daß ein neuer Anfall, der vielleicht innerhalb weniger Stunden gefährlich werden kann, das Leben des Patienten bedroht, auf der anderen Seite ist jeder Eingriff, auch der harmloseste, nicht ohne Gefahr und so bleibt es für den sich momentan ganz gesund Fühlenden immer mißlich, sich zu einer Operation zu entschließen. Beim leichten Anfall mit mäßigen Symptomen, ist vielleicht die Entscheidung noch schwieriger. Wenn man zuwartet und es wird schlimmer, bedauert man, nicht operiert zu haben, und wenn man operiert und nur geringe Veränderungen am Wurme findet, macht man sich den Vorwurf, durch die Operation das Leben des Patienten bedroht

zu haben. Oder wenn eine lebensgefährliche Operation einen Patienten von seinem Krebsleiden befreien kann, während eine viel weniger gefährliche zwar keine Radikalheilung schafft, aber doch Besserung auf längere Zeit. Wie schwierig ist da abzuwägen, was zu tun ist, umsomehr, als der Patient selbst von den verschiedenen Möglichkeiten zu unterrichten und doch in eigener Sache kein unbefangener und sachverständiger Richter ist! Nicht leicht zum Beispiel ist die Behandlung komplizierter Brüche bei älteren Leuten mit Verkalkung der Arterien. Wenn sich am dritten oder vierten Tage Fieber einstellt, wird man sich fragen, hält der Patient dasselbe noch einige Tage aus, oder ist es besser, zur Erhaltung des Lebens die Amputation des Fußes zu empfehlen?

Es kann nicht genug betont werden, daß immer wieder der Wille des Patienten uns maßgebend ist und wir ohne seinen Willen keinen Eingriff vornehmen können und dürfen und mag derselbe noch so dringend geboten sein. Und zwar gilt das nicht nur für die Operation überhaupt, sondern auch für die Art der Operation. Der Patient, der zum Beispiel wegen einer Neubildung am Fuße operiert werden soll, muß nicht nur in die Operation einwilligen, sondern von vorneherein seine Zustimmung zur Amputa-

tion geben, falls sich dieselbe während des Eingriffes in Narkose als notwendig herausstellt. Wenn der Fuß durch ein Ueberfahren mit der Eisenbahn so zertrümmert ist, daß von vornherein auch jedem Laien die Aussichtslosigkeit einleuchtet, wird es nicht schwer fallen, den Patienten von der Notwendigkeit der Amputation zu überzeugen; wie aber, wenn, wie es so häufig der Fall ist, die Haut nur wenig verletzt, dafür aber die Blutgefäße zerrissen sind, daß sicher der Brand dazu kommt und der Kranke sich nicht zur Amputation entschließt, weil er vielleicht, wie das meist der Fall ist, die Zehen noch bewegen kann! Und doch ist hier die Frühoperation das Einzige, um den Patienten vor der Gefahr der Blutvergiftung zu retten. Dort, wo der Patient wünscht, daß nichts gemacht wird, muß der Wunsch respektiert werden. Unter den zahlreichen einschlägigen Fällen wird mir stets einer aus meiner Assistentenzeit in Erinnerung bleiben: Ein junger Arbeiter mit komplizierter Fraktur des rechten Vorderarmes, schwerem Fieber und beginnender Blutvergiftung, wurde in die Klinik eingeliefert. Auf unseren Vorschlag, sich den Oberarm amputieren zu lassen, ging er nicht ein, indem er mit unheimlich klarer Ueberlegung sagte: „Wenn ich amputiert werde, komme ich mit

dem Leben davon, bleibe ein Krüppel und vermag meine Familie nicht zu ernähren. Wenn ich sterbe, findet meine junge Frau wahrscheinlich einen anderen braven Arbeiter, der sie und die Kinder versorgt." Wir mußten den Wunsch respektieren, der Patient erlag nach einigen Tagen der Blutvergiftung. Eine solche heroische Ueberlegung ist allerdings selten; sehr oft werden Leute nach der Amputation zum Bettler und ihrer Umgebung zur Last. Doch nicht immer; Billroth erzählte von einem Arbeiter, welchem beide Arme amputiert werden mußten und von dem er nach Jahren einen kalligraphischen Brief erhielt. Der Patient hatte mit dem Maschinenarm schreiben gelernt und sein Brot mit Schreiben verdient.

Der Wunsch des Patienten muß immer berücksichtigt werden. Allerdings kann es dabei auch unter Umständen Ausnahmen geben. Einen einschlägigen Fall will ich kurz berichten. Ein alter Mann mit akuter eitriger Entzündung des Kehlkopfes wurde eines Abends an die Klinik Billroth aufgenommen. Mein Kollege Salzer und ich setzten dem Kranken vergeblich die absolute Notwendigkeit des sofort vorzunehmenden Kehlkopfschnittes auseinander, von Minute zu Minute steigerte sich die Atemnot, der Kranke

willigte nicht ein. Auf unser Zureden, wir meinten es ja gut mit ihm, sagte er: „Geld wollen Sie verdienen, ich lasse mich nicht operieren." Daß ein Mensch seinem leidenden Mitmenschen auch ohne egoistische Absichten einen Dienst erweisen wollte, vermochte der alte Handelsmann aus Galizien, dem sein ganzes Leben hindurch Geld wohl das einzige Ideal war, nicht zu fassen. Er wollte nicht, und so mußten wir warten. Nach wenigen Minuten verlor er infolge zunehmender Atemnot das Bewußtsein und war sterbend. Nun vollführte Salzer die Operation und rettete dem Kranken dadurch das Leben. Der Mann schien uns die Lebensrettung gegen seinen Willen verziehen und seine Meinung über uns geändert zu haben, denn als er ein Jahr später an einem eingeklemmten Bruch litt, fuhr er direkt aus seiner Heimat über hundert Meilen weit an die Klinik zwecks Operation.

Heutzutage haben wir eigentlich selten Schwierigkeiten, die Patienten zur Operation zu bereden. Im Gegenteil, wir müssen oft trachten, die Patienten von der dringend gewünschten Operation abzubringen. Das gilt wohl besonders für die Operationen aus kosmetischen Gründen und auch für die Fälle, in denen nichts

mehr zu machen ist. Es werden gar sonderbare Zumutungen an den Chirurgen gestellt, zum Beispiel ein zu stark abstehendes Ohr, eine zu große oder zu sehr gekrümmte Nase zu verbessern, ja, einen zu breiten Mund zu verkleinern. Wie oft habe ich schon jungen Mädchen mit ganz geringem Blähhals, die einen schönen Hals haben wollten, den Eingriff direkt ablehnen müssen. Ich erinnere Sie an den 63jährigen Patienten, der zu Billroth kam. Es war ihm durch Typhus die Nase verloren gegangen und er wünschte eine neue Nase aus der Stirne. Als Billroth meinte, der Patient sei schon etwas alt für eine solche eingreifende Operation, erwiderte der Kranke: „Mein Vater ist 95 Jahre alt geworden, ich bin sonst ganz gesund, soll ich jetzt herumlaufen dreißig Jahre ohne Nase?"

Gar oft wird von einem Patienten die Beseitigung einer Drüse am Hals gewünscht, und doch wird der Chirurg bei genauer Besichtigung sehen, daß es zwecklos wäre, die Drüse zu entfernen und das primäre Leiden im Körper zu belassen. Ich weiß von einem Falle, wo eine Patientin eine Geschwulst am Oberarm hatte, deren Entfernung sie dringend wünschte. Die Untersuchung ergab, daß es sich um ein primäres Leiden der Nebenniere handelte und

die Geschwulst am Oberarm nur eine Ablagerung (Metastase) dieses Leidens war, deren Beseitigung ganz nutzlos gewesen wäre. Es war sehr schwierig, dies der Patientin begreiflich zu machen, ohne sie gleichzeitig über die Aussichtslosigkeit ihrer Lage aufzuklären.

Es wäre noch von den verschiedenen Indikationen zum Eingriff zu sprechen, je nach der Lebensstellung des Patienten. Bleiben wir bei dem früher erwähnten Beispiel der Operation des Blinddarmes im anfallfreien Stadium. Der in der Stadt wohnende Mensch wird jederzeit leicht Hilfe finden, man wird sich viel leichter entschließen, zuzuwarten, als wenn es sich um einen Gebirgsbewohner handelt, der während des Winters unmöglich rechtzeitig ins Spital kommen kann.

Gerade die großen Fortschritte, welche die Chirurgie gemacht hat, sind gegenwärtig oft für den Operateur unangenehm, weil das Publikum vom Chirurgen — wie vom Lieferanten eine gute Ware — einen absolut sicheren Erfolg verlangt, und in Fällen, in welchen der Eingriff nicht glückt, nur zu leicht geneigt ist, den Mißerfolg für alle Fälle dem Arzt in die Schuhe zu schieben und ihn vielleicht sogar gerichtlich dafür haftbar zu machen.

Gewiß, die Arbeit des Chirurgen ist schwer und aufreibend, aber sie hat das Gute, daß die fortwährend neue Sorge die entstandene alte etwas zurückdrängt. Ein schöner Erfolg nach banger Zeit erzielt, entschädigt für manche kummervolle Stunde!

Die Werkstatt selbst ist für uns ein weiter Begriff. Wenn ein Jurist seine Werkstätte verläßt, ist er von ihrem Banne befreit. Der Chirurg wird auch dann die Gespenster nicht los. Die Furcht vor Komplikationen, vor unvorhergesehenen Zufällen, das stete Gerüstetsein, in jeder Stunde vollwertig auf seinem Platze zu stehen, beherrscht uns in jedem wachen Augenblick. Wenn wir die Werkstatt verlassen haben, gehen wir in ihren Schatten. Und sie sind dunkel genug, sie spannen sich zwischen Leben und Tod.

Mein Vortrag, der hier im Verein für Volksbildung, anläßlich dessen 25jährigen Bestehens, über dessen Anregung und zu seinen Gunsten gehalten wurde, schließt mit dem Wunsche, es möge dieser Verein auch weiterhin zum Austausch der verschiedenen wissenschaftlichen Interessen beitragen, im vorliegenden Falle zur Stärkung des Vertrauens des Patienten in die moderne Werkstätte des Chirurgen.
